# Über Eigengeruchsparanoia

Alfred Hain

1971

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546003_0007

AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

---

# ÜBER EIGENGERUCHSPARANOIA

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfred Hain
aus Lodz

München 1971

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität München

1. Beisitzender: Prof. Dr. H. Dietrich
2. Beisitzender: Prof. Dr. H. Hippius
Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.06.71

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DISSERTATIONS – und FOTODRUCK FRANK oHG
8000 München 2 · Gabelsbergerstr. 15 · Tel.: 2 80 90 90

Meiner Frau

# D I S P O S I T I O N

EINLEITUNG 5

1. Definition 5
2. Die Funktion des Geruchs in der menschlichen Kultur 6
3. Fremdgeruchshalluzination 1o

EIGENGERUCHSPARANOIA

I. GESCHICHTLICHER ÜBERBLICK 13

II. DARSTELLENDE DISKUSSION AN HAND DER LITERATUR 15

- Alter, Geschlecht 15
- Kindheit 15
- Prämorbide Psyche 16
- Sexualität 16
- Auslösungsfaktoren 16
- Ätiologie und Psychodynamik 17
- Symptomatik 18
  - Geruch und Eigenbeziehung 18
  - Geruchsquelle und - inhalt 21
  - Halluzination - Illusion 22
  - Angst 24
  - Vorsorgereaktionen 24
  - organische Erklärungsversuche 25
  - Körpersensationen 26
  - Psyche 27
  - Somatische Gesichtspunkte 27
- Krankheitsverlauf 28
- Nosologie 28
- Beziehung zu anderen nosologischen Krankheitsgruppen 29
- Zusammenfassung 31

III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN AM PATIENTENGUT DES HAUSES 32
- Haupt, Wilhelm 33
Diskussion 34
- Wolkersdorfer, Hubert 36
Diskussion 37
- Heinz, Rainer 39
Diskussion 41
- Wieden, Peter 44
Diskussion 47

- Ergebnis 49

LITERATURVERZEICHNIS 51

# EINLEITUNG

## 1) DEFINITION

Der Begriff "Eigengeruchsparanoia" verbindet die Symptomatik eines dem eigenen Körper des Kranken entströmenden schlechten Eigengeruchs bei illusionärem oder halluzinatorischem Wahrnehmungscharakter mit einer folgenden wahnhaften Eigenbeziehung.
Eigengeruch und wahnhafte Eigenbeziehung sind dabei derart eng miteinander verknüpft, daß sich die meisten modernen Autoren WALTER in der Interpretation des Krankheitsbildes als "Syndrom" anschließen.

## 2) DIE FUNKTION DES GERUCHS IN DER MENSCHLICHEN KULTUR

Zum Verständnis der pathologisch interpretierten Geruchssensation muss die Stellung des Geruchsinns in der heutigen modernen Kultur beachtet werden.
Zweifellos erhält der Geruchsinn in unserem Leben im Vergleich zu den anderen Sinnen eine untergeordnete Bewertung.
Aus der Phylogenese des Menschen leitet FREUD "eine Atrophie des Geruchsinns als ein Ergebnis der aufrechten Haltung" ab. Die Erziehung zu Gesprochenem und Geschriebenem erhalte die größte Bedeutung für das Bewußtsein. HOLLENDER beobachtet einen Teilverlust des Geruchsinns im Erwachsenenalter.
KLAGES fällt immer wieder die Beziehung des Geruchs und Geschmacks zu Erinnerungsbildern, Phantasie und Emotionen auf. HENNING verweist auf die geruchsorientierte Erlebnisstruktur in der Dichtung z.B. bei Zola.
POPELLA schreibt dem Geruchsinn, als "ältester cortical repräsentierter Distanzsinn", eine"bestimmte Kontaktmotilität mit seiner eigentümlichen sozialen Funktion" zu.
Es fällt auf, daß schlechte Gerüche in der Gesellschaft im allgemeinen übergangen werden, auf angenehme Geruchsinhalte hingegen lebhaft reagiert wird. Die Differenzierung in angenehme und unangenehme Geruchsinhalte offenbart eine Bewertung der Geruchsquellen sowie - inhalte nach ästhetischen und ethischen Gesichtspunkten.
So gilt im Sprachgebrauch z.B. für wohlriechend gut, für stinkend schlecht. Abneigung drückt sich in dem Begriff "stinkender Kojote" aus. Sympathie und Ablehnung einer Person können auf Grund des individuellen Geruches entstehen.

HENNING verweist in diesem Zusammenhang auf den folkloristischen Nasengruß der Eskimos, der die Aussage habe:"Gib mir Geruch, rieche mich!"
Welche Kriterien führen nun zu einer Kategorisierung in angenehm und unangenehm, ästhetisch und unästhetisch, anständig und unanständig?
Der Geruch hatte schon in früheren Kulturen seine spezifische Bedeutung. HENNING führt in seiner sehr umfangreichen Arbeit zahlreiche Beispiele dafür an: Die feinen Geruchsnuancen in Opferfeuern, Räucherstäbchen, Körperölen und - salben etc. bis hin zu den Desodorantien und Parfümen unserer Zeit, nicht zuletzt die differenzierten Gerüche in Verbindung mit dem Geschmack.
In der Beurteilung von Geruchsreizen mit erträglicher Intensität - auf extrem große Intensität reagiert Tier wie Mensch gleichermaßen ablehnend - zeigen sich im Laufe der Zeit doch erstaunliche Schwankungen. So berichtet HENNING z.B. von einem für unsere Vorstellung grotesken Gebrauch menschlichen Urins, der im 17. und 18. Jahrhundert in Rom, England und Deutschland gern als Mundwasser benutzt worden sei.
Die Bewertung des mit dem Geruch in Verbindung zu bringende Objekt ist für die Bewertung des Geruchs primär ausschlaggebend. Es ist kaum an a priori gegebene Geruchssympathien zu denken, man muß diese vielmehr als Ergebnis einer Auseinandersetzung des durch kulturelle Faktoren beeinflußten menschlichen Bewußtseins mit dem Objekt ansehen.
Der Geruch ist auf Grund seines Charakters als Distanzsinn ein zwischenmenschlicher Bewertungsmaßstab in der Gesellschaft, vor allem, da der Einzelne selbst als Geruchsquelle zum Objekt wird.
Diese Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Kritik führt zwangsläufig zu dem Versuch, die Neutralität bzw. Anonymität der Person zu bewahren. Sie

führt zu dem Gebrauch von Parfüm und Desodorantien zur Übertönung eigenen Körpergeruchs.
Körpergeruch kann der Umgebung Aussage über den augenblicklichen körperlichen und seelischen Zustand des Menschen machen. Z.B. können sich Aufregungen, körperliche und seelische Erschöpfungen durch einen auftretenden Schweißgeruch verraten, fehlende hygienische Maßnahmen fallen sofort auf.
Vor allem die Angst vor Sexualität bzw. sexuellen Gerüchen interpretiert BIEBER als Grundlage einer Angst vor Schmutz und Unsauberkeit, die letztlich zum Gebrauch geruchsübertönender Parfüme und Desodorantien führe.

Interessant sind BIEBERS Ausführungen über die Bedeutung des Geruchs in der Sexualität. Der Geruchsinn habe schon in der Zeit, in der das Kind den Ödipuskomplex durchlebe, eine sehr wichtige Funktion für die kindliche Sexualität. Im Gegensatz zu FREUD, der von einer zufälligen Ausrichtung des Kindes auf ein hetero- bzw. homosexuelles Objekt zum Zeitpunkt des Erreichens der genitalen Libidoreife überzeugt ist, glaubt er, eine Antwort auf heterosexuelle Objekte trte immer ein, wenn diese Objekte in der Umgebung existierten, bzw. das Angebot adäquat sei. Richtungsweisende Stimulusfunktion habe dabei das Geruchsempfinden. Schon zur Zeit des Ödipuskomplexes nämlich erreiche die Entwicklung der Gonaden einen Punkt, wo der einzelne mit Erregung auf sexuelle Gerüche reagiere. Dies sei bedeutungsvoll für die weitere Entwicklung der Gonaden, des ZNS und der Geruchsphysiologie. Hier würde auch die Grundlage zur möglichen Unterscheidung der Qualität der erregenden Gerüche auf sexuellem Gebiet geschaffen.
Träume und freie Assoziationen hätten dabei eine zentrale Bedeutung der "incestous" Impulse bewiesen.

Das Kind wird zwangsläufig seine heterosexuelle Erfahrung , besonders Geruchserfahrung, an seinen

Eltern machen. In unserer Kultur, in der Inzestimpulse nicht nur verpönt sind, sondern auch strafrechtlich verfolgt werden, muß Angst vor diesen die Folge sein. Damit ist eine ethische Bewertung verbunden, die sich auf Gerüche der Sexualsphäre sowie des Körpers im allgemeinen beziehen kann. BIEBER untermauert die Bedeutung des Geruchs in der Sexualität durch die Beobachtung, daß allein die Geruchsphysiologie eine Beziehung zur sexuellen Funktion zeige. So treten während der Menstruation vermehrt Gerüche auf, während der Schwangerschaft zeigten sich Änderungen von Geschmack und Geruchswahrnehmungen sowie bestimmte Reaktionen auf Gerüche. Es sei bedeutungsvoll, daß kongenitales Fehlen des beiderseitigen Geruchsinns die Sexualorganentwicklung verhindere, kongenitales Fehlen anderer Sinne keinen Einfluß auf diese habe.

3) FREMDGERUCHHALLUZINATION

Die Geruchsensationen als pathologische Symptomatik psychischer Erkrankungen begegnen uns am häufigsten als Fremdgeruchhalluzinationen.
Zur Abgrenzung dieses Phänomens zur gestellten Thematik wird dessen kurze Darstellung nötig.
Wir können hierbei als Ätiologie exogene von endogenen Faktoren unterscheiden. Entscheidend ist, daß die Fremdgeruchhalluzination immer Nebensymptomatik bleibt.
Exogene Faktoren sind toxische Noxen als auch organisch pathologische Vorgänge. Fremdgeruchhalluzinationen werden in der Literatur beschrieben bei:
Muskalinvergiftung (BERINGER)
Pervitin (DAUBE)
Ephedrin (PANSE u. KLAGES)
Alkoholhalluzinationen (BENEDETTI)
hirnorganischen Kranken (HUBER)
fortgeschrittener Paralyse (HENNING)
Tumorbildung (SIEBERT) und Uncinatussyndrom (KLAGES).
Die Geruchsqualität ist allgemein auffallend schlecht. HUBER berichtet von extrem schlechten wie intensiven Geruch nach faulem Eiweiß, altem Fisch und Blut. HENNING erwähnt als einziger Gerüche auch angenehmen Inhalts.
Endogene Faktoren: GRUHLE weist auf die Erscheinung besonders zu Beginn akuter Schizophrenien hin, wobei er die Geruchsensation als Teilsymptom einer generellen Desintegration der Persönlichkeit des schizophrenen Kranken ansieht. HOLLENDER hingegen beobachtet das Phänomen bei einer Häufigkeit von 92% gegenüber 79% öfter bei chronischen als akuten Schizophrenien. Diesen hohen Prozentsatz erreicht HOLLENDER jedoch nur, weil er seine Patienten gezielt nach Geruchsensationen befragt. So finden z.B. ALLIEZ u. NOSIDA das Symptom nur bei 1% von 8.8oo Patienten mit Schizophrenie.

Meine eigenen statistischen Untersuchungen am Krankengut des Hauses des Jahres 1967 ergaben an Hand der Krankengeschichten bei 8 von 55 männlichen Patienten mit Schizophrenie einen Anteil von ca. 14 %. Eine Fremdgeruchshalluzination trat bei einer depressiv-paranoischen Psychose auf. Bei 19 Schizophrenien weiblicher Patienten fand ich 6 Fälle mit Fremdgeruchshalluzinationen, ca. 32 %.

Die meist plötzlich auf den Patienten einstürmenden Gerüche haben auch hier fast immer unschönen Inhalt. Häufig sind sie mit Geschmackshalluzinationen kombiniert und mit wahnhaften Erlebnissen, wie z.B. Verfolgungsgedanken mit Vergiftungsangst, verknüpft.
HUBER findet bei seinen Patienten lästige, quälende und unangenehme Gerüche.
Seltener stößt man auf Beschreibungen angenehmer Geruchsinhalte wie bei HOLLENDER und BLEULER auf Parfüme, Pinienöl und Rosen.

In meinen Untersuchungen fand ich Geruchsinhalte wie süsslich, Schwefel, Salzsäure, Kohlenstoffverbindungen und mit Morphin gemischter Blumenduft.
Bei 7o% der Patienten trat der Geruch in Verbindung mit Vergiftungsangst auf.

Die Dauer der Halluzination kann von wenigen Stunden bis einigen Wochen variieren, wobei diese nach Abklingen keine Beziehung des Kranken zu ihr hinterläßt.
Einige Autoren stellen besondere Korrelationen von Halluzinationen anderer Sinne zur Fremdgeruchshalluzination fest. HOLLENDER betont einen Zusammenhang mit akustischen, BLEULER hingegen mit optischen Halluzinationen.

Die Beteiligung anderer Sinne an den Halluzinationen in der Schizophrenie hält HOLLÄNDER tabellarisch fest:

| | akust. | opt. | tact. | gust. | osm. |
|---|---|---|---|---|---|
| akute Schizophr. | 19 | 17 | 1o | 9 | 19 |
| chron. " | 11 | 8 | 3 | 3 | 11 |

Aus den eigenen Untersuchungen ergab sich folgende Verteilung:

| akust. | opt. | tact. | gust. | osm. |
|---|---|---|---|---|
| 7 | 5 | 3 | 3 | 13 |

Einen organischen Aspekt hinsichtlich der Ätiologie der Schizophrenie diskutiert HUBER besonders auf Grund des Auftretens von Fremdgeruchshalluzinationen. Er deutet den in der Schizophrenie oft dominanten Symptomentrias von Körpermißempfindung, Depersonalisationsphänomen und Fremdgeruchshalluzination als Ausdruck einer organischen Störung im thalamischen Bereich, da alle drei thalamische Mechanismen seien.

Die Eigengeruchsparanoia wird im Gegensatz zur Fremdgeruchhalluzination in der Literatur äußerst selten beschrieben.

SOUCHANOFF stellt einige junge Leute vor, die befürchten, der Grund von widerwärtigen Körpergerüchen um sie herum zu sein, wobei sie die Bestätigung ihrer Angst in Gesichtsausdrücken und Reaktionen der Mitmenschen finden. Prämorbid fallen sie durch Gewissenhaftigkeit und Unruhe auf.

Zwar ordnet er die Erkrankung den Neurosen zu, indem er auftretende Körperzeichen wie vermehrten Herzschlag, kalte Schweißausbrüche und Ohnmachtsneigung als Ausdruck einer Phobie wertet, läßt allerdings als Ätiologie neben prämorbider Psyche den Faktor der "la demence primaire juvenile" als Möglichkeit zu.

BIRNBAUM beschreibt den Fall eines 15 jährigen Jungen, der, von einem störenden Atem, "Pesthauch", überzeugt, alles versucht, seine Umgebung davor zu bewahren als "Überwertigkeitswahnpsychose".

REICHARDT interpretiert das Krankheitsbild eines Patienten als "Hypochondrische Paranoia". Bei diesem Kranken entwickelt sich nach 1o jährigem Körpergeruch eine paranoide Psychose mit Verfolgungsideen.

Bei MAYER-GROSS findet man eine "monosymptomatische Geruchhalluzination" während der Entwicklung einer Schizophrenie in der Fallbeschreibung eines 36 jährigen Mannes. Dieser entwickelt nach Besudlung seiner Kleidung mit Naphtha die Vorstellung, seine Umgebung mit saurem Kohlgeruch zu stören, der zusammen mit seinem Körper wie Abortröhre rieche.

FORTE beobachtet bei 3 Patienten Ideen, insuffiziente Analsphinkterkontrollen zu haben. Es sind junge, scheue, schweigsame und mit ihrem Körper peinlich sauber umgehende Menschen mit Eigenbezugsideen.

Nosologisch ordnet er die Symptomatik einer frühen Schizophrenie als Manifestation im Analbereich zu.

Unter 13.531 Patienten trifft KOLLE auf 8 "reine Wahnkranke", davon auf 2 Eigengeruchshalluzinationen in Verbindung mit Körpersensationen.

JOHANSON findet unter 52 Fällen mit"Paranoia" einen mit Eigengeruchssyndrom.

NAKAZAWA streicht bei 8 von 11 Krankheitsfällen deutliche sexuelle Problematik als Ätiologie ihres Eigengeruchs aus dem Mund, nach Blähungen, Kot und Samen heraus, wobei er enge Beziehung des Syndroms zur Neurose als auch Schizophrenie aufzeigt.

WALTER diskutiert den Eigengeruch bei einigen jungen Männern als Ausdruck einer selbstgestörten Nahatmosphere, den folgenden Beziehungswahn als Ausdruck des auf den Eigengeruch sinnvoll ergänzende negative Verhalten der Mitmenschen. Das Syndrom charakterisiert er als "Eigengeruchsphobie".

POPELLA zieht bei einem seiner zwei vorgestellten Patienten eine Parallele zu BIRNBAUM's "Überwertigkeitswahnpsychose". Hier würde bei sensitivem, unsicherem Charakter eine Hautsensation überwertig gesehen. Die dadurch eintretende Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls führe zur Befürchtung des Schlechtriechens. Die eindeutige Wahnsymptomatik sprenge dabei den Rahmen einer Neurose.

Bei seiner zweiten Patientin imponiert eine "primär halluzinatorische Geruchsensation" als monosymptomatisches Bild. Er unterstreicht hierbei den möglichen Übergang in eine Prozeßpsychose.

Bei VIDEBECH begegnen wir dem Krankheitsbild bei 5 Patienten. Fast alle sind prämorbid sensibel, unsicher und durch Kontaktschwierigkeit und Minderwertigkeitsgefühl gezeichnet. Er sieht in dieser prämorbiden psychischen Struktur die Ätiologie der Erkrankung. Die nosologische Zuordnung bezeichnet er als schwierig.

Alter, Geschlecht:
Neben einigen wenigen Fällen erstreckt sich das Auftreten des Syndroms über eine Zeit der späten Pubertät bis frühen Adoleszens. Das männliche Geschlecht wird gegenüber dem weiblichen dreimal häufiger betroffen.
Kindheit:
Bei allen fünf Patienten VIDEBECH's und einem POPELLA's zeigen sich ganz analoge Störungsfaktoren in der kindlichen Entwicklung.
Alle diese Patienten entstammen niedrigem sozialem wie geistigem Niveau kinderreicher Familien. Bezeichnend für die Kind - Eltern - Beziehung ist eine frühe psychische und geistige Unterordnung unter die dominierende Wesensart des Vaters. Er wird unter anderem beschrieben als " a bit of a dictator in a quiet way", " a stickler for order", mit rauher und harter Wesensart, dominant und geistig unterdrückend. Allgemein wird der Vater als überautoritär empfunden. Die Kinder wagen nicht, an den von ihm gesetzten geistigen, moralischen und ästhetischen Wertbegriffen zu zweifeln. Sie empfinden sich als dumm, zurückgesetzt und bleiben in ihrer Vorstellungswelt primär auf Ordnungs- und Sauberkeitsgedanken oder religiösen Gedanken fixiert. Bei keinem der Fälle tritt die Mutter als Gegenpol auf, im Gegenteil ordnet sie sich der Wesensart des Ehemanns leidend oder aktiv unterstützend unter.

Es imponiert eine berufliche Abhängigkeit von der Familie, allein vier von sechs Patienten bleiben in der elterlichen Landwirtschaft, bis sie sich zum Teil mit Hilfsarbeiten in anderen Berufszweigen begnügen müssen.

Prämorbide Psyche:

Die Nachhaltigkeit der Störung in der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich in der prämorbiden psychischen Auffälligkeit der Kranken als Kontaktschwierigkeit, Minderwertigkeitsgefühl, daneben Abhängigkeit von Sauberkeit, Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit. Die eigene Aktion wird immer durch die Gewissheit an der Unzufriedenheit der Umgebung dezimiert.

Sexualität:

Es ist eigentlich verwunderlich, daß von VIDEBECH und POPELLA bei ihren Patienten angesichts derer frühkindlichen Entwicklung nicht mehr Problematik auf sexuellem Gebiet gefunden wird. VIDEBECH beobachtet lediglich bei zwei Patienten Fehlen sexueller Beziehung bei sonderbarer Beunruhigung, bei einem anderen späte sexuelle Beziehung ohne Ejakulation mit späterer Aufgabe des Verkehrs.
NAKAZAWA hingegen findet bei acht von elf Patienten sexuelle Problematik als Ätiologie der Erkrankung.

Auslösungsfaktoren:

Bei nur wenigen Patienten kommt ein kausales Erlebnis zum Ausdruck.
Bei einem Patienten von VIDEBECH geht dem Krankheitsausbruch ein psychisches Erlebnis, aus der Konfrontation der prämorbiden Psyche mit der realen Umwelt entstanden, voraus. Der Kranke entwickelt das Bild des Eigengeruch-Syndroms, nachdem er in seiner Minderwertigkeit, dem Schutz der Familie beraubt, geistigen Forderungen unter der Kontrolle und dem Kontakt seiner Schulkollegen ausgesetzt ist.
MAYER - GROSS beschreibt den Kontakt mit einem stark riechenden Stoff, Naphtha, als auslösendes Erlebnis.
Ein anderer Patient VIDEBECH's findet bei prämorbider psychischer Auffälligkeit wie Sensibilität und Kontaktschwierigkeit während seiner Beschäftigung in einer Gießerei, einem Ort großer Geruchsintensität und großem Geruchspektrum, zum Eigengeruch.

Bei beiden könnte eine Induktion zum Geruchsinn sowie zur Halluzination als Boden für den Ausdruck innerer Problematik durch besondere äußere Geruchsmuster diskutiert werden.
Ein somatischer Hintergrund läßt sich bei einem ebenfalls in VIDEBECH's Arbeit vorgestellten älteren Kranken nicht ausschließen: nach der Therapie einer psychischen Erkrankung, charakterisiert durch depressive wahnhafte Eigenbeziehung, mit hypoglykämischem Schock, tritt spontan das Eigengeruch-Syndrom auf.

Ätiologie und Psychodynamik:

N.KAZAWA leitet bei fast allen seiner elf Patienten das Syndrom von einem sich aus dem prämorbiden psychischen Bild wie sensitiv-unsicherer Natur, Vulnerabilität, Insuffizienzgefühl und Überbewertung moralischer Maßstäbe ergebenden Konflikt mit ihren sexuellen Trieben ab. Als Resultante dieses Konflikts ergibt sich ein Gefühl der Unsauberkeit sowie Schuldbewußtsein an der leiblichen Existenz. Die verachtungswerte Natur der Geruchssensation ist als Ausdruck der Gedanken der Kranken zu werten, bei den Mitmenschen auf ästhetischem bzw. ethischem Gebiet aufzufallen. Der Kranke lebt in dem Bewußtsein einer tiefen Unterordnung unter die Verachtung durch die Mitmenschen, für die er sich selbst schuldig machen muß. Er leide unter dem "Für-Häßlich-Gehalten-Werden", nicht unter dem schlechten Eigengeruch.
Hier zeigt sich also der psychodynamische Zusammenhang gerade zum auftretenden Eigengeruch.
Auch VIDEBECH interpretiert das Auftreten des Krankheitsbildes aus der prämorbiden Psyche, als logische Weiterentwicklung schon vorhandener Persönlichkeitszeichen, wenngleich er sich nicht auf sexuelle Problematik bezieht.

POPELLA beobachtet bei einem Patienten einen primär halluzinierten Geruch, der zu einem ganz analogen Bild der Erkrankung führt wie bei seinem zweiten Patienten, der bei prämorbider Auffälligkeit über Körpersensationen zum Eigengeruch findet. Aus dem primär auftretenden schlechten Eigengeruch entwickele sich eine Störung der ästhetischen Voraussetzung des " In - Der - Welt - Seins " zur " Selbstwertbeeinträchtigung". Eine Störung der mitmenschlichen Beziehung ist dessen logische Folge.

HABECK stellt in seiner nach organischen Gesichtspunkten orientierten Arbeit drei Patienten vor, die ebenfalls die volle Symptomatik des Krankheitsbildes wie bei psychischer Ätiologie in ihrer Erkrankung zeigen. Er diskutiert somatische cerebrale Veränderungen neben einer " endogenen Bereitschaft" zur Wahnbildung.

Die immer vorhanden Körpermißempfindungen führen im Rahmen der hypochondrisch - depressiven Wahnstruktur zu einem veränderten Leibesempfinden, welches beim Kranken eine Störung der mitmenschlichen Beziehung zur Folge hat.

Symptomatik:

Geruch und Eigenbezug:

Die Bewertung der sich entwickelnden Symptomatik hinsichtlich ihrer Beziehung zur prämorbiden Psyche oder als Folge des unschönen Eigengeruchs wird von den Autoren entsprechende ihrer psychodynamischen un ätiologischen Überlegungen unterschiedlich vorgenommen.

Leitet NAKAZAWA die volle Symptomatik aus der prämorbiden Situation des Kranken ab, diskutiert VIEDEBECH zum Beispiel für die Isolierung der Patienten neben einer habituellen Unterwürfigkeit

eine sich aus dem Syndrom ergebende psychotische Komponente. POPELLA und WALTER streichen die grosse Bedeutung des auftretenden Eigengeruchs für das gestörte Mitweltverhältnis heraus. WALTER sieht in dem Eigengeruch wie dem folgenden Eigenbezug ein Beispiel für den " Phänomenbestimmenden Wert von Erlebnis und Bedeutungseinheit". Dem im Bewußtsein vorherrschenden Erlebnis zu riechen, schließe sich sofort die Ablehnung durch die Mitmenschen an. Diese Phänomengestaltung versucht er an Hand des anthropologischen Personenbegriffes zu erklären: der eine sei im anderen immer schon mitgegeben. POPELLA betont besonders die dem Geruch zukommende " bestimmte Kontaktmotilität mit seiner eigentümlichen sozialen Funktion". Seine Patientin mit primär halluziniertem Eigengeruch scheint die Betonung der Symptomatik als reines Reaktionsverhalten auf den Eigengeruch zu unterstreichen.

In diesem Zusammenhang ist der Beitrag von ORBACH et al. sehr interessant. ORBACH beobachtet bei Patienten mit präoperativem Drang zur Sauberkeit mit dem Ziel, soziale Akzeptierbarkeit zu erreichen, nach Anlegen eines anus praeter ganz spezifische psychische Reaktionen. Dabei findet er eine Korrelation von präoperativer psychischer Struktur und Intensität der postoperativ auftretenden Symptomatik.

Eine Gruppe von Kranken, die sich präoperativ durch extreme habituelle Sauberkeitsgedanken auszeichnet, entwickelt postoperativ auf Grund des unkontrollierbaren "flatus" die wahnhafte Vorstellung, der Grund für auftretenden Geruch zu sein, obwohl sie auf Grund ihrer Säuberungsprozeduren wissen, daß sie nicht riechen können. Die Furcht vor einem sozialen Verfall durch den Geruch führt zu Säuberungsprozeduren mit häufigen Kontrollen und einsamer Zurückgezogenheit.

ORBACH interpretiert die auftretende Ängstlichkeit als Phobiefurcht vor Selbstablehnung und Wertlosigkeitsgefühl in der Gesellschaft.

Eine andere Gruppe, präoperativ frei von Aversionen, Tabus in Beziehung mit Schmutz und Kot, zeigt ähnliche Symptomatik bei mehr Spontaneität, Selbstwertbehauptung als auch bessere Beziehung zur Ehefrau.

Diese Ausführungen unterstreichen vor allem einmal den Geruchsinn in seiner Bedeutung als Distanzsinn mit ästhetischem und ethischem Aussagewert. Je größer die Abhängigkeit der Patienten von Sauberkeit und Ordnung zur Erlangung sozialer Akzeptierbarkeit ist, desto mehr läuft eine mögliche Störung des neutralen Geruchs ihrem Selbstwertgefühl zuwider und kann im postoperativen Verhalten zu Isolierung, Angst ect. führen. Der Geruch zeigt sich als Ausdrucksfunktion dieser Sauberkeits - und Ordnungsgedanken.

Die Patienten bleiben in ihrer Symptomatik nicht auf eine insuffiziente Analsphinkterkontrolle begrenzt, bei einigen gingen dieser ähnliche Körpergeruchsvorstellungen voraus. Die Tendenz zum Ausdruck einer Störung des Sauberkeitsbewußtseins sowie Gesellschaftsfähigkeit durch den Geruch ist also schon vorher vorhanden.

Wäre zum Auftreten des Eigengeruchs nach diesen Ausführungen eine notwendige prämorbide psychische pathologische Struktur zu fordern?

ORBACH's Ausführungen unterstreichen die besondere Funktion des Geruchs. Ein umgekehrter Mechanismus, die primäre Veränderung des Eigengeruchs zum unschönen Inhalt, kann die Aufmerksamkeit des Kranken auf den Sauberkeitsbereich lenken und die Störung der neutralen Kommunikation überwertig machen.

Es bleibt allerdings fraglich, ob ein prämorbid unauffälliger Mensch gerade eine Eigengeruch - halluzination bekommen kann, da ja in dem besonderen Inhalt der Sensation mit Körperbezogenheit die spezifische Funktion des Geruchs deutlich wird.

Einleuchtend wäre freilich ein der Geruchsensation vorausgehendes affektives Erlebnis, das durch Verminderung eines ästhetischen Wertgefühls, z.B. durch eine Körpersensation, den schlechten Eigengeruch induziert, wie dies POPELLA bei seiner Patientin mit " Überwertigkeitswahnpsychose" diskutiert, bei ihr jedoch eine typische prämorbide Psyche vorfindet.

Geruchsquelle und - inhalt:

Die Gerüche entströmen besonders den Körperöffnungen sowie Stellen mit vermehrter Schweißsekretion. Die Gerüche aus dem Sexualbereich dominieren unter ihnen auffallend. Meist kann Geruchsquelle, - inhalt und - charakter exakt angegeben werden.

Der Geruch wird niemals als angenehm empfunden, sondern wirkt sich durch seine unschöne verachtenswerte Natur störend auf das Selbstwertgefühl der Kranken aus.

Es werden in der Literatur folgende Gerüche beschrieben:

BIRNBAUM: nach Kontakt mit Naphtha entströme dem Körper saurer Kohlgeruch, mit dem Körper zusammen rieche er wie Abortröhre.

FORTE: nach Kot bei Analsphinkterinsuffizienzvorstellungen.

WALTER: von der Haut, aus Nase, Mund, Analregion.

NAKAZAWA: aus dem Mund, von der Achselhöhle, nach Blähungen, Samen und Kot.

VIENDEBECH: Befürchtung, die Umgegend durch Atem zu vergiften, nach Blähungen, Stuhlgeruch, süßer ekelhafter Geruch wie alter Seetang, offensiver Geruch nach Stuhlmeteorismus, Gerüche nach ungewaschenem Körper, sexuelle Gerüche besonders bei Frauen.

POPELLA: komischer Geruch von der Gesäßfalte, Geruch nach gebrannten Gas unter dem Arm, vom Unterleib her nach Jauche.

Bedeutend ist, daß den Gerüchen niemals ein den Kranken empörender Charakter zugeschrieben wird, der Kranke vielmehr den Geruch als zu ihm gehörig anerkennt. Er macht nicht fremde Mächte für diesen verantwortlich, die seinen Körper etwa verändert hätten, sondern erklärt die Geruchssensation meist aus einer organischen Veränderung seines Körpers.

Halluzination - Illusion:

Moderne Uberlegungen , den sinnesmäßigen Anteil an der Sinnestäuschung zu übergehen und vielmehr das Augenmerk auf ihre wahnhafte Deutung zu richten, werden diesem Phänomen des Eigengeruchs nicht gerecht.

Die besondere Korrelation des Geruchsinns zum prämorbiden psychischen Bild, sowie sein spezifischer Aussagewert in der zwischenmenschlichen Beziehung, läßt eine Interpretation der Eigengeruchssensation als unspezifischer Ausfluß einer veränderten seelischen Gesamtverfassung nicht zu.

Das Problem, ob wir es mit einer Halluzination oder Illusion, einer subjektiven Wahrnehmung ohne objektive Realität, einer Trugwahrnehmung schlechthin, oder mit einer Mißdeutung von Sinneseindrücken zu tun haben, zeigt sich für den Eigen- sowie Fremdgeruch gleichermaßen.

BLEULER hält jede Wahrnehmung in der Halluzination für eine Interpretation der Empfindungen.

Ein Beweis für die Interpretation der Halluzination als Ausdruck der bewußten und unbewußten Gedanken der Kranken, sei z.B., daß ein Kranker ein Gift wie Schwefeldioxyd erkennt, obwohl er die reale Geruchsqualität nicht kenne.

Überlegungen zu diesem Thema werden noch dadurch erschwert, daß für den Geruchsinn besonders das eidetische Vorstellungsbild existiert, daneben es Menschen mit ausgesprochen geruchsorienter Erlebniswahrnehmung gibt.
Den Weg zum Geruch selbst sieht BLEULER über eine reale Geruchsensation . Diese könnten bei Geruch- als auch Geschmackhalluzinationen kaum je ausgeschlossen werden. AuchCONRAD stellt besonders für tiefe Sinne fest, kein sensorisches Feld sei jemals vakant.
WERNICKE zeigt sogar einen Weg zum Geruch über körperliche Reize wie Trockenheit des Mundes und der Nase, die durch heftigen Affekt hervorgerufen sei und dadurch eine Bewegungsunruhe setze, auf. POPELLA und VIDEBECH unterstreichen die Schwierigkeit in der Unterscheidung besonders für die Eigengeruchsensation .
Für den Fremdgeruch kann man das primäre Gegebensein nach WERNICKE und den oft empörenden, den Kranken völlig unverhofft treffenden Geruchscharakter nach GRUHLE als Kriterien für eine Halluzination anwenden.
VIDEBECH bemüht sich, einen Unterschied zwischen Halluzination und Illusion im Wahrnehmungserlebnis seiner Patienten herauszuarbeiten.Die vom Patienten zuerst selbst wahrgenommene Geruchsensation interpretiert er als Halluzination im Gegensatz zu einem zur subjektiven Wirklichkeit gewordenen unmittelbaren paranoiden Wissen.

Angst:

Eine ängstliche Grundstimmung, wie sie bei sehr vielen Patienten beobachtet wird, kann als Ausdruck der Unsicherheit in der Minderwertigkeit, als Ablehnungsfurcht, schon aus der prämorbiden Psyche mitgebracht worden sein. Sie kann sich allerdings ganz auf das Auftreten des Eigengeruchs als die Konkretisierung des Konflikts(ARIETI) konzentrieren.

Man kann diese Angst, da sie nicht querulatorisch geäußert wird, als psychisch verständliche Befürchtung vor dem Geruch und dem von ihm induzierten Beeinträchtigungserlebnis hinsichtlich der Mitweltbeziehung verstehen.

VIDEBECH beschreibt einen Krankheitsfall, bei dem der Kranke besonders von der Angst vor dem Auftreten des Geruchs geplagt wird. Nach Auftreten der Angst stellt sich auch sofort der Geruch ein. Bezeichnend ist, daß Angst nur Fremden gegenüber empfunden wird, Familienangehörige und der Arzt ihn nicht stören. Schon der bloße Gedanke, jemand nähere sich ihm, erfüllt ihn mit Furcht. Es fällt die deutliche Parallele zur Phobie auf.

WALTER setzt den Schwerpunkt für die Angst gezielter, indem er in dem Eigengeruch dessen ängstlich befürchtete Wahrnehmung mitgegeben sieht.

Vorsorgereaktionen:

Hygienische Maßnahmen gegen einen unschönen Eigengeruch sind bei einem Gesunden die logische Reaktion. Die Geruchsursache wird durch Waschen, Wechseln der Wäsche oder Gebrauch von geruchsübertönenden Inkredienzen entfernt bzw. prophylaktisch erschwert. Bei diesen Kranken wird jedoch mit alledem wenig erreicht. Trotz unzähliger Säuberungsprozeduren, penibelster Körperpflege, die bei den meisten Zwangscharakter annehmen, kann der Eigengeruch nicht überwunden oder nur für kurze Zeit unterdrückt werden.

Die Angst vor dem Auftreten des Geruchs bzw. dessen Wahrnehmung wird damit verstärkt.
Bleibt der Kranke mit den hygienischen Maßnahmen noch bei dem Versuch, soziale Akzeptierbarkeit wiederzuerlangen, führt ihn der Rückzug aus dem Verkehr mit vornehmlich fremden Menschen, die räumliche Isolation, zu einem Zustand der Resignation. Die Furcht vor dem Auftreten des Geruchs zwängt den Kranken in eine selbstgewählte Isolierung.
Macht VIDEBECH für die Entstehung der Isolation prämorbide psychische Faktoren wie habituelle Unterwürfigkeit geltend, weist er jedoch auf einen notwendigen psychotischen Anteil für deren Genese hin. Im Gegensatz zu POPELLA betont er allerdings den Zusammenhang dieser Symptomatik zu einem prämorbiden psychischen Konflikt vor dem psychischen Erlebnis, das aus der Existenz des schlechten Eigengeruchs primär ableitbar ist. So deutet er z.B. das Verhalten einer Patientin, die sich aus Furcht vor dem Geruch in die entfernteste Ecke des Zimmers begibt, als Ausdruck der Verkörperlichung des Konflikts.
Alle Autoren sprechen sich gegen eine Auslegung dieser räumlichen Isolierung als autistisches Verhalten aus. Bei allen Patienten wird von einer erhaltenen Wirklichkeitsbeziehung berichtet.
Die Isolierung erhält generell die Bewertung als für das Syndrom typisches Phänomen.
Organische Erklärungsversuche:
Bei vielen Patienten führt die Gewißheit über den Eigengeruch, das Versagen hygienischer Maßnahmen, zur Suche nach der Kausalität der Erscheinung in organischen oder psychischen Erkrankungen.
Nach VIDEBECH zeigt dies, wie wenig der Patient den Eigengeruch als Ausdruck innerer Problematik erkennt, d.h. , daß die organischen Erklärungsversuche als se-

kundäre Ereignisse der Konkretisierung der inneren Problematik zu werten seien.
Meist stehen diese Erklärungsversuche mit auftretenden Körpersensationen in engster Beziehung.
POPELLA berichtet von sehr bizarren Erklärungsversuchen, die immer, auf den Körper wahnhaft bezogen, von hypochondrischen Befürchtungen abzuleiten seien.
Körpersensationen:
Sie werden als das Krankheitsbild primär einleitend, wie z.B. bei der "Überwertigkeitswahnpsychose"von POPELLA, und häufig als sekundäre Entwicklung in Verbindung mit organischen Erklärungsversuchen beschrieben.
POPELLA diskutiert für die Genese der Hautsensation als primäres Ereignis psychodynamische Faktoren, wie sie NAKAZAWA für das Eigengeruch-Syndrom anführt: Die Entwicklung zur Körpersensation spiele sich auf dem Boden einer prämorbiden Auffälligkeit wie Vulnerabilität und Insuffizienzgefühl ab und sei Ausdruck einer im Vordergrund des Bewußtseins des Kranken stehenden Beeinträchtigung des ästhetischen Selbstwertgefühls.
Die Körpersensation stellt also der Boden für die spätere Geruchsensation dar, welche Ausdruck einer sich zum Wahn verdichtenden Selbstwertgefühlminderungintensivierung ist.
Die körperliche Mißempfindung wird nicht als gemacht empfunden sondern immer als Krankheitsfolge interpretiert.
HABECK rückt das Krankheitsbild, das auf eine hypochondrisch-depressive Wahnstruktur bezogen ist, gerade durch das Vorkommen von Körpermißemfindungen oder taktilen Halluzinationen des Darms, der Nase und des Rachens in die Nähe der abnormen leiblichen Empfindungen insbesondere der großen Körperöffnungen bei involutiven Erkrankungen und cerebralen Abbauprozessen. In diesem Zusammenhang verweist er auf die

vielen Literaturstellen, in denen für das Auftreten von Körpersensationen auch auf hypochondrischer Grundlage somatische Gesichtspunkte besonders Störungen der Funktionseinheit von Thalamus und sensibler Hirnrinde diskutiert werden.

Psyche:

Neben der schon diskutierten ängstlichen Grundhaltung zeigen sich affektive Veränderungen wie Traurigkeit über das Auftreten des Geruchs, Nervosität und Niedergedrücktsein mit einer Korrelation ihrer Intensität zur Intensitätszunahme des Eigengeruchs.

Es wird jedoch keine affektive Verflachung notiert, der Kranke bleibt psychisch modulationsfähig, zeigt starke Gefühlsäußerungen hinsichtlich seiner Beziehungsgedanken und wirkt nur durch deren zentrale Bedeutung affektiv eingeschränkt. Der Kranke berichtet meist spontan und fortwährend seine Beschwerden mit heftigen Gefühlsäußerungen. Seine Affektäußerungen bleiben immer seinen Worten angemessen und sind nicht inadäquat.

Das affektive Bild unterscheidet sich hiermit deutlich von affektiven Störungen, wie wir sie z.B. in der Schizophrenie vorfinden.

HABECK findet im affektiven Bild seiner Patienten Mattsein, Einförmigkeit, wenig modulationsfähiges Verhalten, leichte Ermüdbarkeit und starke Vergeßlichkeit. Er interpretiert dies als weitere Bestätigung seiner Theorie einer hirnorganischen Wesensänderung mit Einengung der affektiven Schwingungsfähigkeit für das Eigengeruch-Syndrom.

Somatische Gesichtspunkte:

HABECK berichtet von neurologischen Veränderungen seiner drei Patienten, die eine Beeinträchtigung der normalen Hirnfunktion nicht ausschließen:

Fehlen der PSR und rechten ASR bei Vermehrung von ß-Globulinen im Liquor - Hirnverletzung mit Aura - allgemeine Hirngefäßveränderungen.

SOUCHANOFF beobachtet das Auftreten von vermehrtem Herzschlag, kalten Schweißausbrüchen bis Bewußtseinsverlust als vegetative Zeichen einer Phobiefurcht.

Krankheitsverlauf:

Das Syndrom tritt mit wenigen Ausnahmen sofort in seinem Vollbild mit Eigengeruchsensation und Beziehungswahn auf, wobei ihm meist keine andere psychische Erkrankung vorausgeht, die nicht mit deren Genese engstens gekoppelt ist, wie z.B. die wahnhafte Verarbeitung von Hautsensationen bei einem Krankheitsfall von POPELLA.

So entwickelt sich bei einem Fall von REICHARDT das Syndrom erst nach einem zehn-jährigen Körpergeruch. VIDEBECH schildert bei einer Patientin eine eineinhalb-jährige Depression mit paranoiden Ideen des Eigenbezugs, aus der sich dann nach einem hypoglykämischen Schock im Rahmen eines Therapieversuchs Eigengeruchsideen ergeben.

Das Syndrom kann während der gesamten Erscheinungszeit monosymptomatisch bleiben. Dies ist allerdings sehr selten. Größtenteils wird das Krankheitsbild langsam von anderen psychotischen Symptomen abgelöst bzw. übertroffen oder ist von Beginn an mit psychotischen Symptomen unterschiedlicher nosologischer Krankheitsgruppen vermischt.

Die Dauer der Symptomatik unterscheidet sich in jedem Fall von der nur kurzzeitigen Geruchsensation beim Uncinatus-Syndrom oder dem Fremdgeruch in der Schizophrenie. Es kann sich über eine Zeit von drei bis fünfundzwanzig Jahren erstrecken.

Nosologie:

Das Problem der nosologischen Zuordnung gestaltet sich bei allen Autoren schwierig.

Vornehmlich die monosymptomatischen Erscheinungsformen bereiten größte Schwierigkeiten.

Meist wird das Phänomen der Eigengeruchparanoia der nosologischen Krankheitsgruppe zugeordnet, dem die jeweils psychisch-pathologische Symptomatik entspricht.

Während SOUCHANOFF und WALTER das Krankheitsbild als zur Phobie gehörig interpretieren, wobei WALTER allerdings auf dessen besondere Stellung als "phobisches Beziehungssyndrom" hinweist, findet NAKAZAWA bei 11 Fällen vier Neurosen neben zwei Schizophrenien und fünf Grenzfällen zwischen beiden Krankheitsgruppen.

VIDEBECH beobachtet bei einem Patienten neurotische Züge mit psychotischer Symptomatik, zwei zählt er zur manisch-depressiven Erkrankung, zwei zur Schizophrenie.

MAYER-GROSS beschreibt das Bild einer monosymptomatischen Eigengeruchsparanoia während der Entwicklung zur Schizophrenie, und auch FORTE ordnet das Syndrom der Schizophrenie zu, wobei er die Eigengeruchsensation aus dem Anus als Ausdruck einer sich auf den Analbereich beziehenden bzw. in diesem manifestierenden frühen Schizophrenie herausstreicht.

KOLLE klassifiziert das Syndrom als Symptom "reiner Wahnkranker".

Andere Autoren versuchen die Besonderheit des Phänomens zu erfassen. REICHARDT bezeichnet es als "hypochondrische Paranoia", POPELLA hält BIRNBAUM's Zuordnung zur "ÜBERWERTIGKEITSWAHNPSYCHOSE", d.h. zu den psychogenen Wahnpsychosen am ehesten zutreffend. POPELLA sieht in der einheitlichen Wahnsymptomatik die Zuordnung zur Neurose nicht mehr gerechtfertigt. Er hält eine Entwicklung in eine Prozeßpsychose für durchaus denkbar. Dagegen sprechen Erfahrungen VIDEBECH's und NAKAZAWA's , die bei ihren Patienten keinen irreversiblen Verlust auf seelischem Gebiet im weiteren Verlauf beobachten können.

Beziehung zu anderen nosologischen Krankheitsgruppen:

POPELLA zeigt Ähnlichkeiten des Syndroms zur "chronisch tactilen Halluzinose" von CONRAD als auch zu WERNICKE's "Verbalhalluzinose" sowie zum "Dermato-

zoenwahn" von EKBOM und HARBAUER auf.
CONRAD charakterisiert die "chronisch tactile Halluzination" sehr ähnlich zur Eigengeruchsparanoia:

- konstante Halluzination eines Sinnes,
- abgesehen von der bestimmenden Symptomatik sei das äußere Verhalten der Patienten gut geordnet und gut orientiert,
- anfänglich seien die Reaktionen der Kranken heftig, später werden die Halluzinationen geduldet.

VIDEBECH unterstreicht die große Ähnlichkeit der Eigengeruchsparanoia mit einigen Punkten der Ausführungen von DIETRICH in dessen Arbeit "Über Dysmorphophobie (Missgestaltfurcht)".
Die Furcht, durch äußere Mißgestalt aufzufallen und dadurch von der Gesellschaft mißachtet zu werden, interpretiert DIETRICH als Grund für ein autistisches Zurückziehen mit der Absicht, Situationen zu vermeiden, die Angst produzieren.
Bedeutend ist dabei, daß die aktuelle Körpermißempfindung entweder unbedeutend oder völlig eingebildet ist. Das Krankheitsbild neige zur paranoiden Entwicklung und könne im Suicide enden.
VIDEBECH beschreibt bei einer Patientin ebenfalls Suicidehandlungen.
DIETRICH unterstreicht die nosologische Zuordnung als schwierig . Er definiert die Dysmorphophobie letzlich als Phobie, die zu hypochondrischer und paranoischer Entwicklung tendiere.

Zusammenfassung:

Das sehr seltene Krankheitssyndrom wird sowohl als logische Weiterentwicklung prämorbider psychischer Persönlichkeitsfaktoren bzw. entstandener Problematik als auch als Verhaltensreaktion auf einen primär-halluzinatorischen Vorgang verstanden.
In jedem Fall wird auf die spezifische Funktion des Eigengeruchs als zwischenmenschlicher Kommunikationsfaktor mit ästhetischer und ethischer Aussage als Grundlage für die Ausbildung des Krankheitsbildes mit seiner Symptomatik hingewiesen, auch wenn es unterschiedliche nosologische Bewertung erhält.

## III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN AN PATIENTEN DES HAUSES

Unter 74 Fällen mit Schizophrenie des Jahres 1967 fanden sich drei Patienten mit Eigengeruchssensationen männlichen Geschlechts.
In den Krankheitsgruppen der Neurosen und manisch-depressiven Erkrankungen zeigte sich kein einziger Fall mit Eigengeruchssensation.
In die Ausarbeitung konnte ein stationär aufgenommener Patient im Jahre 1969 mit Eigengeruchsparanoia bei sensitivem Beziehungswahn aufgenommen werden.

Haupt, Wilhelm 1046/67 geb. 31.10.36

Diagnose: paranoid, halluzinatorische Schizophrenie.

Familienanamnese:
In der Familie sind keine psychischen Erkrankungen oder Auffälligkeiten bekannt.

Eigenanamnese:
Nach eigenen Angaben habe eine gute Beziehung zu seinen Eltern, die nach der Ausweisung aus der CSR 1946 einige Zeit später starben, als auch zu beiden Geschwistern bestanden.
Der Vater sei robust, laut aber gutmütig gewesen. Allerdings hielten die Kinder bei Auseinandersetzungen der Eltern immer zur Mutter.
Zu den späteren Pflegeeltern sei das Verhältnis gut gewesen.
Bis zur Erkrankung war der Patient psychisch unauffällig. Es fallen lediglich stärkere Angstgefühle vor Prüfungen auf.
Nach Abschluß eines Bauingenieurstudiums wurde er später in dieser Branche tätig.
In seiner sexuellen Entwicklung wird keine Störung deutlich. Er ist seit fünf Jahren verheiratet.

Aktuelle Erkrankung:
Halluzinationen und Wahnideen stehen im Vordergrund der Symptomatik einer Schizophrenie.
Akustische Halluzinationen wie z.B. "Du Hurenneger" zeigen eine Beziehung zu Gedanken auf, seine Frau sei eine Hure bzw. könne ihn verlassen. Vornehmlich Beeinflussungswahngedanken, er werde vom Radio bestrahlt, von einer elektrischen Maschine gesteuert, von fremder Macht beobachtet, treten zusammen mit haptischen, Geschmack - und Geruchhalluzinationen mit "seltsamen" als auch "spermaähnlichen" Gerüchen auf, wobei eine massive Vergiftungsangst deutlich wird.
Daneben existiert Primärsymptomatik wie Störung der Affektivität, Denkstörungen als Sperrung und Zerfahrenheit, verlegenes läppisches Lächeln als inadäquater Affekt.

Verlauf
Während der Therapie mit Taxilan wird eine weitgehende Distanzierung von den Halluzinationen beobachtet.
Plötzlich auftretender Mundgeruch veranlaßt ihn, leise zu sprechen, um seine Mitpatienten nicht zu erschrecken. Er gibt eine ängstliche Grundhaltung dafür zu.

Diese Geruchsvorstellungen halten nur zwei Tage lang an. Vergiftungsgedanken und sexuelle Zwangsbilder bleiben neben der Primärsymptomatik bestehen.
Kurz vor der Entlassung verschlechtert sich das Krankheitsbild bei Taxilantherapie wieder, Geruchsensationen bleiben jedoch aus.

Diskussion:

Bei diesem prämorbid unauffälligen Patienten finden sich einige Varianten der möglichen Geruchsensationen:

- in Verbindung mit Geschmack- und haptischen Halluzinationen tritt ein "seltsamer"Geruch als Fremdgeruch bei Vergiftungsfurcht auf.
- ebenfalls ein "spermaähnlicher" Geruch, der allerdings vom Patienten auch außerhalb der Vergiftungsgedanken wahrgenommen wird und bei dem unklar bleibt, ob er dem eigenen Körper entströmt oder von außen auf ihn zukommt,
- ein dem eigenen Körper entströmender Mundgeruch, der wahnhaft auf die Umwelt bezogen wird und zur Vorsorgemaßnahme des leisen Sprechens führt. Dabei zeigt der Kranke Einsichtigkeit, da er selbst eine ängstliche Grundhaltung während der Psychose als Ätiologie zugibt.

Alle Gerüche sind ganz kurzzeitige sporadisch auftretende Erscheinungen, die sehr unterschiedliche Aussage haben und außer beim Mundgeruch sehr ungenau bleiben. Für die Fremdgeruchhalluzination ist die kurze Erscheinung die Norm.
Hier ist auffällig, daß der Inhalt der Gerüche in keiner deutlichen Beziehung zu der geäußerten Vergiftungsfurcht steht und sogar ein spermaähnlicher Körpergeruch während der Vergiftungsgedanken auftritt.

Erstaunlich ist, daß sich der Kranke über die Herkunft des spermaähnlichen Geruchs nicht im Klaren ist, das ganze Geruchsphänomen für ihn äußerst unklar und verschwommen bleibt. In der Literatur wird niemals ein Körpergeruch als Objekt einer Fremdgeruchsensation beschrieben.
Es erscheint berechtigt, eine Beziehung sexueller Problematik, die sich in der Psychose zeigt, zu diesen sexuellen Gerüchen zu sehen.
Anders ist dies beim auftretenden Mundgeruch. Hier wird ein Riechen durch den anderen befürchtet, Vorsorgemaßnahme ergriffen. Die ästhetische Neutralität in der zwischenmenschlichen Beziehung wird für kürzeste Zeit von wenigen Stunden durch eine Überbewertung eines schlechten Mundgeruchs gestört. Bedeutend ist, und dies unterscheidet den Fall von einer Überbewertung eines existenten schlechten Mundgeruchs beim Gesunden, daß er den Mundgeruch nicht als Folge fehlender Hygiene oder eventueller Tablettennachwirkung erklärt, sondern eine ängstliche Grundstimmung als Ätiologie für diesen annimmt.

Da jede prämorbide psychische Auffälligkeit fehlt, ein primär halluzinatorischer Vorgang bei dem neurotischen Charakter des Phänomens unwahrscheinlich ist, muß eine sich in der Psychose ergebende ängstliche Grundstimmung bei einer Verminderung des Selbstbewußtseins als direkte Ursache für den Mundgeruch diskutiert werden. Diese direkte Abhängigkeit scheint die Kürze der Erscheinung zu bestätigen, welche ja die Deutung des Geruchs als Ausdruck einer langsam gewachsenen Problematik ausschließt.

Wolkersdorfer, Hubert 784/67 geb. 2.1o.4o

Diagnose: beginnender schizophrener Prozess

Familienanamnese:

Die Familie befindet sich in gesicherten sozialen Verhältnissen. Der Vater ist Volkschullehrer. Ein jüngerer Bruder hat das Kapitänspatent. In der Familie sind keine psychischen Erkrankungen bekannt. Die Mutter wird als sensibel und psychisch labil beschrieben.

Eigenanamnese:

Der Patient hat eine harmonische Kindheit, wobei er nie eine starke Bindung an die Eltern empfand. Schon als Kind sehr sensibel, fand er jedoch leicht Anschluß, obwohl nur wenig gute Freunde. Beruflich tendiert er schon früh zur Malerei und studiert nach Erreichen des Philosophicums im Febr. 1963 vier Semester an einer Kunstakademie. Ein erstmalig auffälliges Verhalten zeigt sich nach einem sehr engen Verhältnis mit einem Mädchen. Damals zwanzig jährig löst er trotz Heiratsabsichten während eines Urlaubs in Italien "angesichts der gewaltigen Landschaft" das Verhältnis. Seit daher ist für ihn keine körperliche Bindung mehr möglich.

Aktuelle Erkrankung:

Während einer in beruflichen und geistigen Interessen harmonierenden"platonischen" Beziehung zu einer Dänin führt der über Jahre dauernde Verlust seines malerischen Könnens vor den Augen seiner Freundin zu Unruhegefühle und Störungen im Schwarz-Weiß-Sehen. Im Januar 1964 kommt es schließlich zur Aufgabe des Malens mit Abbruch des Studiums.
Nach Abfahrt seiner dänischen Freundin nach Dänemark im April des selben Jahres stellen sich Körper- und Geruchsensationen mit akustischen Halluzinationen ein.
Er bemerkt Brennen in den Fußsohlen und Schweißausbrüche, die angeblich jedermann wahrnehme. Alle Leute drehten sich wegen des Schweißgeruchs auf der Straße nach ihm um und hielten sich die Nasen zu, ebenso die Bürokollegen. Die Leute sagten, er stinke wie ein Bock. Der Augenarzt habe nach der Untersuchung einen Schluck Kognak nehmen müssen. Arbeitskollegen äußerten seit Tagen ständig, der Gestank sei ja nicht mehr zum Aushalten.
Der Patient hat Schweißgeruch von Füßen und Achseln ständig in der Nase.
Daneben sind keine weiteren Symptome für eine Schizophrenie erkennbar. Psychisch zeigt sich guter Kontakt bei sehr sauberem und gepflegtem Äußerem.

Verlauf:

Nach zweimonatiger Therapie mit hohen Dosen Taxilan wird der Patient nach Abklingen aller paranoiden Symptome aus der Klinik entlassen.
In den folgenden Jahren schließen sich bis 1967 zwei weitere Klinikaufenthalte an, bei denen eine schizophrene Symptomatik deutlich herauskommt.
Psychisch anfänglich gereizt und tätlich bei paranoidem Mißtrauen entwickelt er formale und inhaltliche Denkstörungen neben Begnadungs- und Berufungswahn.
Während eines weiteren Schubs 1967 zeigen sich starke Denkstörungen und inadäquater Affekt bei gut erhaltenem Kontakt. Geruchsensationen traten während dieser Zeit nicht mehr auf.

Diskussion:

Die Geruchsensation steht am Anfang einer schizophrenen Entwicklung. Sie ist eng mit einer gleichzeitig auftretenden Körpersensation verbunden und kann daher nicht als Intensivierung einer durch diese gestörte ästhetische Mitweltbeziehung entsprechend POPELLA's Fallinterpretation angesehen werden. Körper- und Geruchsensation bilden in ihrem Auftreten sowie Aussage eine Einheit.
Der Eigengeruch ist nicht als Fortsetzung oder Ausdruck prämorbider psychischer Konflikte zu deuten, da der Patient keine entsprechende prämorbide Auffälligkeit zeigt.
Andererseits könnte seine schizoide Wesensart, die sich in verstiegenen geistigen Interessen als auch plötzlichen emotionellen Übersteigerungen ausweist, sexuelle Problematik oder Minderwertigkeitsgefühl aus infantilen Konflikten zur Grundlage haben, obwohl in seiner Anamnese von keiner derartigen Problematik berichtet wird.
Die Aufgabe der Malerei und die Abfahrt der Freundin, das Scheitern in der beruflichen und sexuellen Selbstständigkeit, sind Auslösungsfaktoren für den schizophrenen Prozess. Sie bedeuten für den Patienten einen

extremen Selbstwertverlust.
Körpersensation und schlechter Eigengeruch können als konkretisierter Ausdruck dieses aus dem psychotischen Prozeß sich ergebenden Selbstwertverlustes angesehen werden. ARIETI formuliert diesen Begriff der Konkretisierung ebenfalls bei einem Fall mit Eigengeruch bei beginnender Schizophrenie, bei der sich aus der Vorstellung des Kranken, wegen früherer homosexueller Neigungen ein übler Kerl zu sein, ein "awful odor" des Körpers entwickele.
Der Eigengeruch führt zu der für das Syndrom typischen wahnhaften Eigenbeziehung. Neben optischen Wahrnehmungen treten akustische Halluzinationen als Bestätigung der Wirkung des störenden Geruchs auf die Umgebung auf.
Der Kranke zeigt keine ängstliche Erwartung des Wahrgenommen-Werdens durch die Mitmenschen, er ist von deren Wahrnehmung überzeugt.
Es fehlen Vorsorgereaktionen, was auf die kurze Dauer der Erscheinung zurückgeführt werden kann.

Heinz, Rainer 695/69 geb. 26.1.4o

Diagnose: Zwangsneurose mit Übergang in eine pseudoneurotische Schizophrenie

Familienanamnese:

Der Vater stirbt mit 41 Jahren 1944. Diesen Verlust erwähnt der Patient immer wieder. Der Vater hätte seine Erkrankung verhindern können, indem er erkannt hätte, daß er mit seinem Bruder nicht zusammenpasse.
Seiner 58 jährigen Mutter gibt er die Hauptschuld an seiner Erkrankung wegen ihrer fehlenden starken Hand und Verwöhnung. Sie sei unheimlich sparsam, gutgläubig und nicht fähig, etwas Konkretes in der Welt zu schaffen. Sie habe wegen des Geldes immer eine gedrückte Stimmung im Haus produziert.
Den 3 Jahre älteren Bruder, einen Kfz-Mechaniker, beschreibt er als großen Mann mit atlethischem Körperbau und großem Selbstbewußtsein übertrieben positiv. Er habe die Zwangskrankheit ausgelöst.

Eigenanamnese:

Kindheit:
Bis zum zehnten Lebensjahr zeigt sich keine Störung in der kindlichen Entwicklung. Zu dieser Zeit wird aus dem geselligen lustigen Jungen ein eigenbrödlerischer, unlustiger Mensch.
Ein Erlebnis des zehn Jährigen mit einem homosexuellen Narren, er habe das Glied des Narren angefaßt und es zur Erektion gebracht, wird für den späteren Krankheitsausbruch bedeutsam.
Somatische Anamnese:
Ab dieser Zeit ist der junge Mann mit organischen Erkrankungen belastet. Mit zehn bis zwölf Jahren erkrankt er an einer Herzmuskelentzündung mit Herzerweiterung. Mit 16 Jahren klagt er über Gelenkbeschwerden, mit 18 treten Kopfschmerzen mit angeblichem Verlust des plastischen Sehvermögens auf.
Eine Steißbeinfisteloperation nach Ausbruch seiner Zwangskrankheit bewirkt ein Abschwächen einer davor bestehenden Depression.
Soziale Anamnese:
Nach erfolgreichem Besuch der Volkschule gelingt ihm nach drei jähriger Lehre zum kaufm. Angestellten nur ein mäßiger Examensabschluß.
Im Laufe der Erkrankung folgen häufige Stellungswechsel auf Grund der störenden Zwangsgedanken.
Vita sexualis:
Mit 17 Jahren hat er erstmals sexuellen Kontakt mit einer 4o jährigen Prostituierten.

Es wird eine übernatürlich starke sexuelle Triebhaftigkeit deutlich.
Während seiner häufigen Onaniehandlungen hat Heinz Schuldgefühle. Seine Zwangsvorstellung treten besonders intensiv beim Coitus und Onanieren auf.

Aktuelle Erkrankung:

Aktueller Anlaß ist seine Abschlußprüfung der kaufmännischen Lehre 1959. Eine am Abend vorher ausgeübte Onanie fällt mit dem Vorwurf des Bruders, er sei wie der Narr, zusammen und trifft ihn "wie ein Blitz".
Es entwickeln sich in der Folgezeit Zwangsgedanken und zwanghafte Vorstellungsbilder besonders analerotischen Inhalts. Zu der fortwährenden Erinnerung an den Narren besonders während des Coitus treten Vorstellungen, mit Affen zu coitieren wie auch selbst ein Affe zu sein. Nach dem Urinieren habe er das Gefühl, onaniert zu haben.
Diese sehr komplexen Vorstellungsbilder werden als unsinnig erkannt.

Verlauf:

Von Anfang 1964 bis 1966 bleibt das Krankheitsbild trotz viermaliger klinisch-stationärer Behandlung konstant. Alle Zwangsgedanken bleiben sexuell gefärbt und werden mit größerem Leidensdruck erlebt. Sie sind nie lustbetont sondern ängstlich.
Plötzlicher Ausbruch psychotischer Symptomatik führt zu einem viermonatigen klinischen Aufenthalt im April 1967.
Beeinflussungs- und Verfolgungswahn dominieren über akustische Halluzinationen herabwürdigenden Inhalts. Zwangsneurotische Symptomatik wie Waschzwang, Ankleidezwang und Zwangsgedanken sexuellen Inhalts können die psychotische Symptomatik in Zukunft nie mehr ganz verdrängen. Es hat sich das Bild einer pseudoneurotischen Schizophrenie ergeben.
Kurz vor Psychoseausbruch berichtet Heinz während eines Aufenthalts im Krankenhaus Tiefenbrunn erstmalig von Geruchsensationen. Eine Schwester habe gemeint, es stinke im Krankenzimmer wie im Affenkäfig.

Im Mai 1969 treten zur Symptomatik einer pseudoneurotischen Schizophrenie Haut- und Geruchsensationen hinzu. Fürchterliches Schwitzen und Hautjucken im Genital- und Analbereich seien von oft unangenehmen Gerüchen von hinten aus dem Bereich der operierten Steißbeinfistel begleitet. Arbeitskollegen und die Zimmerwirtin haben ihn schon daraufhin angesprochen. Als organischer Befund ergeben sich innere und äußere Hämorrhoiden.

Meine spezifisch auf den Eigengeruch abgezielte Befragung ergibt eine viel häufigere Geruchsymptomatik.
Heinz gibt an, angeblich schon ab dem siebzehnten Lebensjahr einen chronischen in der Intensität wechselhaften Eigengeruch wahrgenommen zu haben. Der Geruch habe begonnen, als ihn ein Mädchen liebte und ihn auf Grund seiner Haare auf dem Arm mit einem Affen verglich. Daher rühre auch die Affenvorstellung.
Als Geruchscharakter gibt er Muffigkeit an, "wie ein Mantel riecht, wenn man ihn ins Wasser fallen läßt und ihn wieder herauszieht".
Der Geruch entströme dem After, weil dieser nicht richtig schließe.
Während ihm die Defäkation Wohlbehagen bereitet, treten schon beim Essen und vor dem Stuhlgang Schwitzen und Hautjucken im Genitalbereich und Geruch aus dem After auf.
Besonders bei Verwandten trete der Geruch innerhalb von zwei Stunden auf. Nachts traue er sich nicht aufzustehen, damit der Geruch nicht auftrete. Besonders intensiv seien diese Erscheinungen im Mai 1969 gewesen.
Heinz ist von der Existenz seines Eigengeruchs fest überzeugt.

Diskussion:

Die Tatsache, daß Heinz den Eigengeruch als frühes Symptom parallel zu seiner Zwangskrankheit erst auf Befragen angibt, läßt sich auf eine geringe Intensität des Eigengeruchs oder aber seine Unterdrückung durch die sehr ausgeprägte Vorstellungswelt seiner Zwangskrankheit zurückführen. Vom Kranken spontan berichtet wird der Körpergeruch nur in der Entwicklung des akuten Bildes des schizophrenen Prozesses für wenige Augenblicke und später während der pseudoneurotischen Schizophrenie für einige Tage bei wahnhafter Eigenbeziehung.
Die Eigengeruchsensation tritt niemals allein auf, sondern wird immer von Zwangsgedanken begleitet. Sie steht in engstem Zusammenhang mit der Zwangserkrankung.
Heinz ist als anankastische Persönlichkeit in seiner Regression auf Sauberkeit, Ordnung, Sparsamkeit und Wiederholung auf infantiles Gebiet als auch auf infantile Sexualität bezogen. Trotz und Schuldgefühl

besonders seiner Mutter gegenüber deuten auf eine Störung in der ödipalen Kindheitsentwicklung hin.

Auf dem Boden einer körperlichen Anfälligkeit trägt das Kindheitserlebnis mit dem homosexuellen Narren als auch der auftretende zwanghafte Onaniekonflikt bei einer überstarken sexuellen Triebhaftigkeit zur Verstärkung des Schuldgefühls.
Die unglaubliche Fülle der Symptomatik hinsichtlich sexueller Zwangsimpulse und Zwangsvorstellungen unterstreicht die Verstriktheit des Kranken in die Problematik, die sich aus einem Konflikt mit seinem Körper ergibt.
Die für den Anansksten typischen Wiederholungs- und Kontrollzwänge können sich naheliegenderweise auch auf den neutralen Eigengeruch als Teilfunktion körperlicher Sauberkeit beziehen.
Überträgt man DIETRICH's Beobachtung, schon beim Gesunden könnten auf den eigenen Körper gerichtete Vorstellungen abnorme Sensationen erzeugen, auf den Eigengeruch, so ist bei dieser von Schuldgefühlen bestimmten Persönlichkeit die Entstehung eines schlechten Eigengeruchs leicht denkbar.
Kann in der Sauberkeitskontrolle im Waschvorgang der Problematik entsprochen werden, kommt sie in konkretisierter Form in dem unschönen Eigengeruch zum Ausbruch.
Die Psychodynamik ähnelt den Ausführungen NAKAZAWA's, der zwar keine Zwangskrankheit aber ebenfalls einen körperlich-sexuellen seelischen Konflikt dem Krankheitsbild zu Grunde legt.
Bei Heinz zeigt sich wieder eine Beziehung der Eigengeruchsensation zu Hautsensationen. Jucken und Schwitzen gehen immer dem Eigengeruch voraus. Die Hautsensation scheint erst eine Voraussetzung für das Auftreten des Eigengeruchs zu schaffen oder aber die-

ses zu stimulieren.
Eine organische Komponente für eine Aufmerksamkeitshinlenkung auf den Analbereich findet sich in der Steißbeinfisteloperation und deren affektive Nachwirkung sowie in dem Befund von inneren und äußeren Häm orrhoiden.
Es fällt auf, daß sich die wahnhafte Eigenbeziehung nicht sonderlich stark entwickelt, auch sonst geringe affektive Beteiligung an der Eigengeruchsensation deutlich wird.

Wieden, Peter 1568/69 geb. 23.8.53

Diagnose: sensitiver Beziehungswahn, Eigengeruchparanoia

Familienanamnese:

Sein Vater ist 49 Jahre alt und als Straßenbahnschaffner tätig. Er scheint psychisch nicht ohne Befund zu sein, da er den später auftretenden Beziehungswahn sei es Sohnes als einziger bestätigt. Man könnte es hierbei mit dem Phänomen der Folie à deux zu tun haben.
Es fällt eine überenge Beziehung des Patienten zu seinem Vater auf.
Die anderen Familienmitglieder, die 39 jährige Mutter und die ein Jahr ältere Schwester, sind psychisch unauffällig. Die Familie lebt in ärmlichen sozialen Verhältnissen.

Eigenanamnese:

Kindheitsentwicklung:

Wieden wächst in einem unfreundlichen Familienklima auf, Er wird als Kind viel geschimpft und mit Schläge erzogen. Zärtlichkeit habe es in der Familie nicht gegeben.
Zwischen den beiden Eheleuten kommt es besonders wegen der Existenz des Jungen zu starken Meinungsverschiedenheiten und Scheidungsabsichten. Der Vater tritt hierbei als sein Beschützer gegenüber der Mutter auf.
Zur Mutter entwickelt er auf fortwährende Verbote und Forderungen Trotz und Agressivitätsgefühl bei tiefer Unterordnung.
Der Patient leidet sehr unter der finanziellen Not der Familie.
Unter diesen Vorzeichen muß eine spätere überenge Beziehung des Patienten zu seinem Vater als auch seine Angewohnheit, immer bei ihm im Ehebett zu schlafen, während die Mutter in der Küche schläft, gesehen werden.

Psychische Anamnese:

In seiner psychischen Entwicklung zeigen sich denn auch erhebliche Störungen.
Nach Auftreten einer Primordialsymptomatik wie Nägelkauen und Bettnässen bis zum sechsten Lebensjahr entwickelt er während der Volkschulzeit eine Spinnenphobie mit massivem Ekelgefühl.
Zur Zeit der Pubertät kommen starke Minderwertigkeitsgefühle an seiner leiblichen Existenz auf, die sich besonders auf das sexuelle Gebiet beziehen..Er sei

im Unterschied zu Gleichaltrigen nicht genügend entwickelt, dies sehe er an seinem Glied. Es habe die Größe eines Zehnjährigen. - Bei einer körperlichen Untersuchung in der Klinik ergeben sich dafür keine Anhaltspunkte.

Soziale Anamnese:

Er wird mit sechs Jahren in die Volksschule eingeschult, die er ohne Schwierigkeiten absolviert. Seine kaufm. Lehre muß er wegen des auftretenden Geruchs und Gedächtnisschwäche unterbrechen.

Sexuelle Anamnese:

Aufklärung findet er in Heftchen. Auf das Onanieren, das er seit dem 12. Lebensjahr ständig betreibt, sei er aus Zufall gekommen. Anfangs sei er darüber erschreckt gewesen, aus Angst seine Mutter könne etwas bemerken.
Er verneint den Kontakt mit Mädchen.
Der Annäherung eines homosexuellen Mitpatienten während des Aufenthalts in einer Klinik hätte er entsprochen, hätte er in diesem Moment nicht so stark nach Kot gerochen.
Somatisch ist der kleine und körperlich retardiert wirkende Patient o.B..

Aktuelle Erkrankung:

Abgesehen von einigen früher aufgetretenen unklaren Eigengeruchssensationen, an die sich der Patient nicht mehr genau erinnern kann, sieht er selbst den nach einer Sehnenrißoperation im Januar 1968 auftretenden Eigengeruch als Beginn seiner Erkrankung an.
Nach einer eineinhalbstündigen Narkose habe er am Oberschenkel eine Brandblase gehabt und am nächsten Tag aus dem After nach Kot gerochen.
Fünf Monate später wacht er nach einem Unfall mit seinem Moped aus einer fünftägigen Bewußtlosigkeit auf. Er gibt an, alles rieche schlecht. Daneben klagt er über vergeßlichkeit, Konzentrationsschwäche und Leistungsabfall.
Es zeigt sich röntgenologisch und im EEG kein pathologischer Befund.
Seit dieser Zeit klagt der Patient fortwährend über Geruch aus dem After, von dessen Realität er überzeugt ist.

Symptomatik:

Dem Eigengeruch folgt die wahnhafte Eigenbeziehung: In der Arbeit reden die Leute hinter seinem Rücken über ihn, eine Arbeiterin sei zum Chef gegangen und habe gesagt, daß es so stinke, da habe sie ihn gemeint. Wenn er in der Straßenbahn zur Arbeit fährt, müsse er ein paar mal aussteigen wegen der Leute.

Seine früheren Kameraden lachten über ihn und sagten etwas hinter seinem Rücken über ihn."Ich möchte wetten, daß sie etwas über mich sagen."
Der Kranke gibt an, den Geruch selbst wahrzunehmen, er brauche dies jedoch nicht, da er bloß andere Leute anzuschauen brauche, um zu sehen, daß diese die Nase rümpften oder sich in einer eigenartigen Weise anschauten, als sei er ein Verbrecher.
Eigengeruch und wahnhafte Eigenbeziehung führen zu Zurückgezogenheit. Er fährt nicht mehr zur Arbeit, geht den Leuten so gut es geht aus dem Weg. Ihn störe das Stinken mehr, wenn andere dabei seien. Besondere Scheu habe er vor Mädchen, daß sie sagen könnten, er rieche.
Mit hygienischen Maßnahmen versucht Wieden, den Geruch zu vertreiben. Jedoch helfen häufiges Baden und Wechseln der Wäsche nicht. Er nimmt Schnupftabak, um besser Luft in die Nase zu bekommen.
Er ist von einer organischen Ursache der Erkrankung überzeugt. Der Geruch komme vom Magen her, er habe deswegen schon mehrere Ärzte aufgesucht.

Psyche:

Wieden betrachtet die Erkrankung als Qual, weil er sich nirgends mehr hintraue. Er hat jedoch keine Angst vor dem Auftreten des Geruchs, sondern davor, daß man ihm etwas wegen des Gestanks antun könne.
Vor allem macht er sich ängstliche Zukunftsgedanken.
Er leidet sehr unter der Symptomatik und kommt immer wieder auf sie zu sprechen.

Verlauf:

Während der klinischen stationären Behandlung Anfang November 1969 klingen die Geruchswahrnehmungen langsam ab. Er faßt zum behandelnden Arzt großes Vertrauen, so daß er vornehmlich nachts, wenn er nicht zum Arztzimmer kann, Befürchtungen bekommt, man könne ihm wegen des Gestanks etwas antun. Er klagt sehr über Schlafstörungen, da er sich im kleinen Raum beengt vorkomme.
Bei einer provozierten Straßenbahnfahrt in Anwesenheit des Arztes tritt der Geruch nicht auf.
Nach einer fünftägigen Phase, in der kaum mehr Geruchswahrnehmungen auftreten, kommt es wieder zu Rückfall. Die Leute schauten ihn so an, als wollten sie ihm eine duschen. Er fühle sich dauernd so, als wenn andere gesagt hätten, er stinke.
Sein Versuch, den Geruch durch Einspritzen von Parfüm in den After zu vertreiben, führt zu der Vorstellung, das Parfüm sei in den Darm eingedrungen und der Grund dafür, daß seine Gedärme nicht in Ordnung seien und er Verdauungsbeschwerden habe.

Nach Schimpfworten befragt, kommen mit größten Vorbehalten Worte wie "Kruzifix" und "Scheiße" über seine Lippen.
Nach einigen Tagen der Agressivität, während denen er sich über falsche Behandlung beschwert, berichtet er spontan über seine kindliche und jetzige Beziehung zu seinen Eltern, jedoch immer unter dem Druck der Angst, die Eltern könnten seine Äußerungen erfahren.
Nachdem er dem Wunsch des Vaters, sich die langen Haare schneiden zu lassen, aus einem plötzlich aufkommenden Ordnungs- und Sauberkeitsempfinden entsprochen hat, ist er darüber sehr aufgeregt. Seine Haare seien sein ein und alles gewesen.

Auf sein Drängen wird er nach ca. 2 monatigem Aufenthalt in der Klinik trotz eines körperlichen Befundes einer leichten Hämaturie mit dem Verdacht auf eine Nierenerkrankung entlassen.

Therapie:

Analytisch orientierte Gespräche sowie Beschäftigungstherapie führen zu aufgeschlossenerem Verhalte, können jedoch ebenso wie die medikamentöse Behandlung mit 3x5o Taxilan und 3xl Merphenamin die Symptomatik nicht beseitigen.

Diskussion:

Die somatischen Einflüsse dürfen als auslösende bzw. ursächliche Faktoren nicht überbewertet werden. Zwar tritt zeitweilig nach der Bewußtlosigkeit ein generell unschöner Geruch auf, aber der Kranke nimmt ja schon vor allen körperlichen Einflüssen Eigengerüche wahr. Daß er den Beginn der Erkrankung mir der Narkose in Beziehung setzt, gehört eher zu den späteren Versuchen, den Eigengeruch als Ausdruck einer organischen Erkrankung anzusehen.
Die Entwicklung zum Eigengeruch scheint vielmehr, psychodynamische Faktoren zur Grundlage zu haben.

Primordialsymptomatik und Spinnenphobie weisen auf eine schon frühe Ängstlichkeit und Unsicherheit des Kranken hin. Später treten massives Minderwertigkeitsgefühl bei auffallender Überbewertung geringer eigener körperlicher Mängel wie abstehende Ohren

und körperliche Retardiertheit , als auch körperlicher Stärke als erstrebenswerte Ideale hinzu.

Trotz und Agressivität kontrastieren mit einer Überbewertung moralischer Richtlinien mütterlicher Autorität und wenden sich besonders gegen eine fortwährende Bevormundung und Sparsamkeit. Eigengeruch und wahnhafter Eigenbezug lassen sich als Fortsetzung prämorbider psychischer Problematik nach VIDEBECH interpretieren, wobei ängstliche Grundstimmung und Isolation teils als prämorbide teils psychotische Faktoren imponieren.
Analog NAKAZAWA's Ausführungen ist bei Wieden ein sich entwickelndes Schuldbewußtsein an der leiblichen Existenz nach Einsetzen sexueller Impulse in der Zeit der Pubertät auf dem Boden von Insuffizienzgefühl, ängstlicher Unterordnung und Unselbstständigkeit zu diskutieren.

Besonders die hygienischen Maßnahmen erweisen sich bei dem prämorbid ungepflegten Kranken als logische Reaktion auf die Verminderung des sozial-ästhetischen Wertgefühls durch den unschönen Geruch.

Ist die ängstliche Grundstimmung anfänglich als neurotische "Phobiefurcht" nach WALTER einzustufen, wird sie später immer mehr auf Verfolgungsgedanken bezogen. Gegen eine nosologische Zuordnung des Krankheitsbildes spricht die eindeutige Wahngewißheit als auch der aufkommende Verfolgungswahn.

ERGEBNIS:

Die ersten drei Patienten fallen aus dem Rahmen der in der Literatur beschriebenen Eigengeruchssymptomatik heraus.
Haupt gibt während einer Schizophrenie aus einer ängstlichen Grundstimmung heraus einem auftretenden Mundgeruch eine paranoide Überbewertung neurotischen Charakters. So kurz die Erscheinung ist, sie beschäftigt den Kranken immerhin derart, daß er dem Arzt spontan davon berichtet.
Man hat es hier sicher nicht mit einer Halluzination zu tun. Wahrscheinlich ist der Mundgeruch eine Realität, die eine paranoide Bewertung erhält. Die Eigengeruchsvorstellung entsteht auf dem Boden einer aus der Psychose entstehenden Ängstlichkeit und macht diese als Ängstlichkeit vor dem mitmenschlichen Kontakt deutlich.
Daß gerade der Geruchssinn gewählt wird, mag an einer besonders engen Beziehung des Patienten zum Geruch liegen, worauf die verschiedenen Geruchssensationen während der Schizophrenie hinweisen.

Bei Wolkersdorfer fällt die enge Beziehung der Eigengeruchssensation zu einem beginnenden schizophrenen Prozess auf.
Wie bei Heinz und Wieden zeigt sich eine enge Beziehung des Phänomens zu Hautsensationen, welche hier in die wahnhafte Eigenbeziehung mit hineingenommen werden. Das Krankheitsbild erhält Bewertung als Symptomatik einer Schizophrenie, wobei die abstrakte Vorstellung, versagt zu haben, minderwertig zu sein, in der Geruchsensation wahrnehmbar gemacht, i.e. konkretisiert wird (ARIETI).

Bei Heinz besteht eine offensichtliche enge Beziehung der besonderen Symptomatik zu einer Zwangserkrankung und deren psychodynamischen Faktoren, wenngleich die Eigengeruchssensation nur während Psychosebeginn und der späteren pseudoneurotischen Schizophrenie vom Kranken spontan geschildert wird.
Die Abgrenzung der dem Syndrom zugehörigen Symptomatik von der Zwangserkrankung bereitet große Schwierigkeiten.
Ein psychisch-sexueller Konflikt muß als ätiologischer Faktor bei Heinz als auch besonders bei Wieden diskutiert werden.
Das Phänomen bleibt bei Wieden über ein Jahr lang monosymptomatisch, wobei sich das Vollbild mit wahnhaftem Eigenbezug, Vorsorgereaktionen, organ. Erklärungsversuche etc. entwickelt.
Es zeigt sich eine klare Beziehung der Symptomatik zur prämorbiden Psyche, i.e., das Krankheitsbild kann nach VIDEBECH als Weiterentwicklung prämorbider Problematik angesehen werden, wobei besonders ein Schuldbewußtsein an der leiblichen Existenz deutlich wird.
Die Schwierigkeit in der nosologischen Zuordnung des monosymptomatischen Krankheitsbildes kann bei Wieden bestätigt werden. Zeigt das Krankheitsbild anfänglich neurotischen Charakter, kommt es später bei Wahngewißheit zur Ausbildung von Verfolgungsgedanken und hypochondrischen Vorstellungen bei zunehmendem Leidensdruck.
Es wird in diesem Verlauf eine Ähnlichkeit zu DIETRICH's Ausführungen deutlich, der die Dysmorphophobie als Phobie interpretiert, die zu hypochondrischer und paranoischer Entwicklung tendiere.

Literaturverzeichnis:

ALLIEZ, J. u. M. NOSIDA: Considerations statistiques et cliniques sur le hallucinations olfactives et gustatives. Ann. Med-Psychol. 1o3, 134-141 (1945)

ARIETI, S.: Schizophrenia. In: ARIETI, S.(ED): American Handbook of Psychiatry, Vol.II, New York: Basic Books 1959

BENEDETTI, G.: Die Alkoholhalluzinosen. Stuttgart: Thieme 1952

BERINGER, K.: Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise. Berlin: Springer 1927

BIEBER, I.: Olfaction in sexual development and adult sexual organization. Amer. J. Psychother.13, 851-859 (1959)

BIRNBAUM, K.: Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung. Mschr. Psychiat. Neurol. 37, 39-8o (1915)

BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 1o. Auflage, umgearbeitet von Manfred Bleuler. Berlin: Springer 196o

BRILL, A.A.: The sense of smell in the neuroses and psychoses. Psychoanal. Quart. 1, 6-42 (1932)

CONRAD, K.: Zum Problem der chronischen tactilen Halluzinose. Arch. Psychiatr. 193, 6o1-6o6 (1955)

DAUBE, H.: Pervitinpsychosen. Nervenarzt 15, 2o-25 (1942)

DIETRICH, M.: Über Dysmorphophobie (Missgestaltfurcht). Arch. Psychiatr. 203, 511-518 (1962)

EKBOM, K.A.: Der präsenile Dermatozoenwahn. Acta psychiatr. neurol., K'hvn. 13, 227-259 (1938)

FORTE, F.S.: Olfactory halluzinations as a proctologic manifestation of early schizophrenia. Amer. J. Surg. 84, 620-622 (1952)

FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 2. Auflage, Leipzig u. Wien: Deuticke 1910

GRUHLE, H.W.: Die Psychopathologie.In: BUMKE, O.(Hsgb): Hbch. d. Geisteskrankheiten Band IX spez.Teil 5, Berlin: Springer 1932

HABECK, D.: Beitrag zur Geruchshalluzinose mit Beziehungswahn. Arch. Psychiatr. 207, 196-205 (1965)

HARBAUER, H.: Das Syndrom des "Dermatozoenwahns" (EKBOM). Nervenarzt 20, 254-258 (1949)

HENNING, H.: Der Geruch. Leipzig: Ambrosius Barth 1924

HUBER, G.: Wahn (1936 bis 1954). Fortschr. Neurol. Psychiat. 32, 429-489 (1964)

JOHANSON, E.: Mild Paranoia. Acta psychiat. scand., Suppl. 177, 1964

KLAGES, W. u. I. KLAGES: Zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchsinns. Arch. Psychiatr. 205, 37-48 (1964)

KOLLE, K.: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1957

MAYER-GROSS, W.: Die Sinnesanomalien. In: BUMKE, O. (Hsgb): Hbch. d. Geisteskrankheiten Band IX spez. Teil 5, Berlin: Springer 1932

NAKAZAWA, A.: Von der Mentalität Kranker, die über Körpergerüche klagen. Psychiat. Neurol. jap. 65, 451-467 (1963); ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 175, 103-104 (1964)

ORBACH, C.E. u. M. BARD u. A.M. SUTHERLAND: Fears and defensive adaptations to the loss of anal sphincter control. Psychoanal. Rev. 44, 121-175 (1957)

PANSE, F. u. W. KLAGES: Klinisch-psychopathologische Beobachtungen bei chronischem Mißbrauch von Ephedrin und verwandten Substanzen. Arch. Psychiatr. 206, 69-95 (1964)

POPELLA, E. u. J. GREGER: Geruchswahn und Geruchshalluzinose. Psychiat. et Neurol. (Basel) 149, 171-181 (1965)

REICHARDT, M.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 2. Aufl. S. 354. Jena: Fischer 1918

RUPERT, S.L. u. M. HOLLENDER u. E.G. MEHRHOF: Olfactory halluzinations. Arch. gen. Psychiat. 5, 313-318 (1961)

SIEBERT, W.: Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 6, 81-90 (1900)

SOUCHANOFF, S.: Phobie du regard. J. Psychol. Neurol. 6, 241-247 (1906)

SOUCHANOFF, S.: Les représentations obsédantes hallucinatoires et les hallucinations obsédantes. Rev. Méd. (Paris) 26, 336-350 (1906)

STOCKERT, F.G. von: Klinik und Ätiologie der Kontaktneurosen. Klin. Wschr. 1, 76-79 (1929)

SULLIVAN, H. S.: Clinical Studies in Psychiatry. New York: Norton 1956

VINKEN, M.D.: Chronic olfactory paranoid syndrome. Acta psychiatr. scand. 42, 183-213 (1966)

WALTER, K.: Über mutwelterhöhungsfähige Eigengeruchs-"Halluzination" mit Beziehungswahn. Nervenarzt 33, 325-326 (1962)

WALTER, K.: Über das "Phobische Beziehungssyndrom". Nervenarzt 36, 7-11 (1965)

WISSER, R.: Aspekte des paranoiden Mechanismus. Nervenarzt 40, 101-106 (1969)

WERNICKE, C.: Grundriß der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen. 2. Aufl. Leipzig: Thieme 1906

WILLINGER, U.: Zum Problem der chronischen taktilen Halluzinose. Arch. Psychiatr. 201, 223-233 (1961)

Herrn Professor Dr. Heinz DIETRICH
möchte ich abschließend für die jederzeit freundlich gewährte Unterstützung bei der Ausarbeitung sehr herzlich danken.

LEBENSLAUF

Am 3o. August 1943 wurde ich als viertes von sechs Kindern des kaufm. Angestellten Bruno Hain und seiner Ehefrau Charlotte, geb. Schönknecht, in Lodz (Polen) geboren.
Nach der Flucht 1945 folgten unzählige Wohnungs- und Schulwechsel, bis ich 1963 im Hilchenbacher Jung-Stilling-Gymnasium meine schulische Ausbildung mit der Reifeprüfung abschloss.
Es folgte eine zweijährige Dienstzeit bei der Bundeswehr, aus der ich als Leutnant der Reserve im Sanitätsdienst abging.
Noch während meiner Bundeswehrzeit heiratete ich am 13.11.1964 meine Frau Gertraud, geb. Weltz.
Im Mai 1965 begann ich in München das Studium der Humanmedizin.
Während des Studiums, am 28.1o.1965 und 18.2.1969, wurden unsere Töchter Natascha und Jeanette geboren.

Anfang 1971 meldete ich mich zum Medizinischen Staatsexamen, das ich am 9. Juni 1971 erfolgreich abschloß.